

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année scolaire 1922-1923 — N° 77

Résultats éloignés de la transposition non sanglante comme traitement palliatif des luxations congénitales de la hanche compliquées de douleurs et d'attitudes vicieuses.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Janvier 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis HAINAULT

né à AVALLOŒ (Yonne), le 16 Mai 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

de la transposition non sanglante, comme traitement palliatif, des luxations congénitales de la hanche, compliquées de douleurs et d'attitudes vicieuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année scolaire 1922-1923 — N° 77

Résultats éloignés de la transposition non sanglante comme traitement palliatif des luxations congénitales de la hanche compliquées de douleurs et d'attitudes vicieuses.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Janvier 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis HAINAULT

né à AVALLOŒ (Yonne), le 16 Mai 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER ROQUE
Cliniques chirurgicales	BARD TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	N.-JOSSE RAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GULART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie.	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire.	VILLARD
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène.	COURMONT (P.)
Thérapeutique.	PIC
Pharmacologie	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Opopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. NOVÉ-JOSSERAND, *président*, M. LAROYENNE, *assesseur*

MM. LERICHE et SANTY, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR MARIGLIER, de SAULIEU (Côte d'Or)

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE
LE DOCTEUR SACQUIN, d'HOUÉCOURT (Vosges)

A MA BELLE-MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIRAUD

Professeur Agrégé
Chirurgien en Chef de l'Hôpital Saint-Luc
Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553208_0051

C'est à Monsieur le Professeur Nové-Josserand que nous devons le sujet de notre thèse. Nous avons trouvé dans son service toutes nos observations et nous avons largement puisé dans les éléments d'une enquête qu'il a faite sur le sujet qui nous occupe. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils ; enfin il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

Nos remerciements s'adresseront aussi à Monsieur le Docteur Michel, ancien interne des Hôpitaux, assistant de clinique chirurgicale infantile, dont les conseils et l'expérience nous ont été fort utiles pour mener à bien ce travail.

Arrivé au terme de nos études, c'est pour nous un plaisir et un devoir d'adresser nos remerciements et l'expression de notre gratitude à tous les Maîtres dont les leçons ont contribué à notre formation professionnelle et nous ont appris à aimer notre profession. Nous nous adresserons particulièrement à Monsieur le Docteur Siraud ; pendant notre long séjour dans son service, il a toujours été pour nous un maître affable et dévoué dont la grande bonté ne se départit jamais un seul instant.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

de la transposition non sanglante, comme traitement palliatif, des luxations congénitales de la hanche, compliquées de douleurs et d'attitudes vicieuses.

INTRODUCTION

Malgré les beaux résultats donnés par la cure radicale dans la luxation congénitale de la hanche, il est encore nécessaire d'avoir quelquefois recours à un traitement palliatif chez les enfants qui ont dépassé l'âge de la cure radicale. La plupart des auteurs sont d'accord pour fixer à dix ans dans les luxations unilatérales et à huit ans dans les luxations doubles, l'âge limite auquel on peut espérer un résultat anatomique parfait. N'y a-t-il donc au delà de cet âge rien à faire pour soulager les malades dont l'infirmité, fort gênante déjà, se complique d'attitudes vicieuses, de douleurs et souvent même des deux, au point que la marche devient presque impossible et que, dans les luxations bilatérales surtout, les malades seront de vrais infirmes. Atténuer les douleurs

et remédier aux attitudes vicieuses pour rendre la marche plus aisée, tel est donc le but du traitement palliatif.

Celui-ci a été étudié depuis que l'on connaît la luxation congénitale de la hanche. Les premiers essais d'Humbert et Jacquier, et de Duval et Lafond ne visaient qu'à améliorer l'état des malades. Les Pravaz crurent obtenir de véritables réductions, mais il n'est pas douteux que leurs plus beaux résultats ont été de simples transpositions en avant. On peut en dire autant de Paci et de Schede.

Comme opération sanglante, Guérin, Bouvier ont fait des ténotomies portant sur les adducteurs ou sur le psoas pour corriger les déviations en dedans ou diminuer l'ensellure. Plus près de nous, il faut mentionner l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui a donné de beaux résultats à Kirmisson et à Froelich ; cette opération a été reprise récemment par Lorenz et par Bayer en cherchant à obtenir systématiquement un appui de la diaphyse fémorale contre le cotyle. La résection de la tête fémorale, proposée par Reyher, Margary, a été étudiée particulièrement par Hoffa sous le nom d'opération de la pseudarthrose. Il faut signaler aussi les tentatives restées sans lendemain, de Jaboulay pour modifier la statique du bassin par la transposition des os iliaques et de divers auteurs, entre autres Siraud, pour refaire le toit du cotyle par une opération plastique.

La méthode que nous étudions dans notre thèse est un dérivé des recherches de Pravaz, Paci, Schede.

Elle a pour objet de transposer la tête fémorale, par des manœuvres non sanglantes, de façon à transformer une luxation postérieure en une luxation antérieure, à obtenir un meilleur appui du fémur contre le bassin et une attitude du membre plus favorable.

Tous les chirurgiens qui ont opéré des luxations congénitales de la hanche, en cherchant à les réduire, ont fait involontairement des transpositions dans le cas où la rétention de la tête par la cavité a été rendue impossible, soit par défaut de profondeur du cotyle, soit par la conformation peu favorable de la tête. Ces faits, nombreux aujourd'hui, ont permis de connaître anatomiquement et fonctionnellement le résultat de la transposition. Polliot a relaté, dans sa thèse, une autopsie qui fait comprendre nettement ce résultat anatomique. Du côté du cotyle, dit-il, on trouve une surface située immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure, assez régulièrement plane et sur laquelle la tête appuyait ; elle est constituée par du fibro-cartilage qui représente sans doute le fibro-artilage articulaire aplati par la tête contre l'os. Sa face iliaque est complètement adhérente au périoste. Sur ses bords, cette surface se continue avec la capsule et il est impossible de reconnaître les limites précises du fibro-cartilage et de la capsule qui semblent fusionnées. La tête était en antéversion complète et sa surface articulaire était interne. La capsule était épaissie dans son ensemble et très courte en arrière, tandis que sa moitié antérieure était très allongée. Il faut noter enfin que le ligament de Bertin passait en arcade au-dessus de la

tête, et que c'est à lui qu'il faut attribuer la stabilité de l'articulation, puisque l'os iliaque ne donne à la tête aucun appui notable.

Mais dans les cas que nous envisageons, la transposition, au lieu d'être le résultat secondaire d'une reposition non maintenue, devient le but direct du traitement, l'âge avancé des malades où telle circonstance particulière ne permettant pas d'espérer une cure radicale.

C'est à Lorenz que revient le mérite d'avoir décrit la transposition et montré comment il avait été amené à la concevoir. Nous exposerons sa technique et les résultats qu'il dit avoir obtenus. Nous décrirons les modifications que l'on y a apportées et les résultats que nous avons pu dégager des observations que nous publions.

CHAPITRE PREMIER

L'Apposition latérale de Lorenz.

Lorsque la luxation congénitale est devenue tout à fait irréductible il ne s'agit plus, dit Lorenz, de traiter le déplacement de la tête fémorale, mais plutôt d'apporter un remède aux attitudes vicieuses en flexion, adduction et rotation, attitudes qui peuvent se compliquer de douleurs, et arriver, peu à peu, à rendre la marche absolument impossible. On peut se demander alors, si l'on ne pourrait pas, tout en corrigeant l'attitude vicieuse, faire une pseudo-reposition en ramenant la tête fémorale le plus près possible de sa position normale.

En étudiant les résultats anatomiques dans les cas où l'antéversion du col fémoral n'avait pas permis le maintien de la réduction, on s'est aperçu, dit-il, que dans ces cas le fémur venait occuper une position, que l'on a appelée « apposition latérale ». Dans cette position, le col fémoral se trouve sur la paroi latérale du bassin, le trochanter est dirigé en arrière, la tête en avant et il est possible de la sentir au-

dessous et sur les côtés de l'épine iliaque antéro-supérieure. C'est, en somme, exactement la même position que dans la luxation latérale, mais tandis que dans celle-ci, les divers mouvements et, en particulier l'abduction, sont très limités, dans l'apposition latérale, au contraire, on a un champ beaucoup plus étendu pour l'abduction, grâce sans doute au myorrhexis ou à la myotomie des adducteurs. D'autre part, on s'aperçut par la suite que cette apposition latérale avait une grande solidité, et que plus tard on n'avait pas à craindre une reluxation postérieure.

Il est probable que c'est à un résultat analogue qu'aboutissaient les opérations de Pravaz et de Paci.

Nous ne suivrons pas Lorenz dans la discussion, où il s'attache à montrer que son procédé est tout autre que l'ancienne méthode de Paci, nous nous contenterons d'exposer, d'après lui, la technique et les résultats de sa méthode à laquelle il a donné le nom d'« inversion », quoique, dit-il, il serait plus logique de l'appeler « transposition » puisque la position primitive du membre en flexion et adduction se trouve par l'opération transformée en extension et abduction.

Dans un temps préliminaire, on supprime les obstacles qui s'opposent à la mobilisation de la tête fémorale. Le myorrhexis des adducteurs est indispensable et souvent même, pour obtenir une abduction suffisante, on devra avoir recours à la ténotomie sous-cutanée. Pour rendre à l'extension toute son amplitude, on pratiquera la ténotomie sous-cutanée des muscles sous-spinaux. On abaisse alors, par

des tractions manuelles ou instrumentales, la tête fémorale au moins au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La transposition s'obtient par des manœuvres de levier qui s'exécutent dans le sens de l'extension forcée, en même temps qu'on attirera fortement la tête fémorale sur les parois latérales du bassin en avant et au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. On poussera l'abduction jusqu'à ce que le raccourcissement soit corrigé par l'abaissement du bassin. On fixe dans un bandage plâtré qui comprend le bassin et la cuisse, mais s'arrête au-dessus du genou. La marche est reprise dès que le plâtre est complètement sec, c'est-à-dire deux ou trois jours après l'opération. Dans le cas de luxation unilatérale, on surélève le côté sain par une semelle épaisse sous le soulier. Dans le cas de luxation bilatérale, on modérera l'abduction et l'extension. Pour que la marche soit possible, la portion antérieure du bandage sera très étroite, et dans le cas de luxation unilatérale, des mouvements d'abduction sont même possibles pendant l'immobilisation, ils s'exécutent par abaissement du bassin qui est à peine fixé. La durée de l'immobilisation sera de quatre ou cinq mois, sans qu'il y ait à tenir compte de la raideur consécutive. Aussitôt après l'ablation du plâtre, on commence un traitement secondaire qui consiste en mouvements actifs et passifs d'extension et d'abduction. Dans le cas de luxation bilatérale s'accompagnant encore d'un léger degré de lordose, on fait porter une

ceinture qui embrasse complètement le bassin et facilite considérablement la marche.

Quels sont maintenant les résultats obtenus par ce traitement ? — Les attitudes vicieuses ne se reproduisent pas. La lordose dépasse à peine son degré normal, et la déformation si disgracieuse des luxations bilatérales disparaît. Dans les cas unilatéraux, on obtient un allongement de plusieurs centimètres, suffisant pour que l'on puisse supprimer toute chaussure orthopédique.

L'amélioration fonctionnelle consiste dans l'augmentation considérable de la puissance de marche et dans la disparition des douleurs même à la fatigue. Cette amélioration fonctionnelle s'explique dans les cas unilatéraux par le meilleur appui que, grâce à l'abduction du fémur, la tête fémorale trouve contre l'aile iliaque ; celle-ci remplace en quelque sorte le toit du cotyle. Dans les cas bilatéraux cette action n'est pas sans effet, car les dépressions osseuses qui se trouvent sous la crête iliaque peuvent offrir un appui aux têtes fémorales.

En somme, conclut Lorenz, l'inversion est une méthode simple et absolument sans danger, après deux ou trois jours de repos, dès que son plâtre est complètement sec le malade peut reprendre la marche et, éventuellement, ses occupations. Les résultats fonctionnels sont bons, souvent meilleurs que dans la véritable reposition.

CHAPITRE II

La Transposition.

Les observations que nous rapporterons plus loin ont été opérées avec une technique un peu différente. Le but lui-même de l'opération n'est pas tout à fait le même. Lorenz ne cherchait qu'à rapprocher la tête, qui se trouvait dans une situation tout à fait postérieure dans la fosse iliaque, le plus près possible de l'épine iliaque antéro-supérieure, mais sans chercher à la faire passer dans la région inguinale ; au contraire, dans nos observations on se proposait de changer les points d'appui de la tête fémorale et on cherchait empiriquement à donner à la tête une situation antérieure le plus près possible de sa position normale, où elle puisse se maintenir.

La technique employée ne diffère pas sensiblement de celle employée pour la réduction de la luxation congénitale de la hanche. Il nous faudra distinguer deux parties dans le traitement : la transposition et le maintien.

A. TRANSPOSITION. — L'enfant est complètement endormi. Dans un premier temps, faire disparaître les obstacles qui s'opposent à la mobilisation de la tête ; ce sont des rétractions musculaires qui atteignent surtout les adducteurs. On fléchit la cuisse à 90° sur le bassin et on lui imprime un mouvement d'abduction qui l'amène sur le plan du lit. Les adducteurs se rompent pendant cette manœuvre, dans les cas difficiles on pourra faciliter cette rupture en les écrasant avec le pouce au niveau de leurs insertions supérieures ou en les frappant à coups répétés avec le bord cubital de la main.

On fait alors des manœuvres tendant à la réduction et on cherche à ramener la tête au voisinage du cotyle. La cuisse est fléchie à 90° et on la met en abduction à angle droit. La plupart du temps, ces manœuvres sont longues et pénibles, la tête étant fixée dans une position très postérieure et difficilement mobilisable. On s'aide alors de mouvements de **circumduction** et de pressions sur le trochanter, dirigées en bas, en avant et en dedans ; on se sert aussi du coin de Lorenz et de la manœuvre de la pompe de Hoffa.

La plupart du temps la transposition est annoncée par un claquement avec ressaut, d'intensité très variable. A la palpation la tête fémorale est alors sentie dans la région inguinale.

B. MAINTIEN. — Lorsque la transposition a été obtenue, il est nécessaire de fixer le membre. On l'immobilise dans la position suivante : flexion de la cuisse

à 90°, abduction à 90°, flexion du genou et rotation interne. L'immobilisation se fait dans un appareil plâtré exactement moulé sur les saillies du bassin, de la cuisse et du genou. On le fait en bandes plâtrées en ayant soin d'interposer une couche mince de coton.

Au bout d'un mois on dégage le genou ; au bout de trois mois on enlève l'appareil, on vérifie la transposition et on applique un nouveau bandage plâtré en réduisant le plus possible l'abduction. La durée totale moyenne de l'immobilisation est de cinq à six mois.

Au sortir de l'appareil plâtré le membre traité se trouve en flexion et abduction ; dans la plupart des cas, cette attitude se corrigera d'elle-même, le membre se rapprochant spontanément de l'axe médian du corps. On n'aura recours à un traitement consécutif que si l'état de l'articulation vient à l'exiger.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Luxation congénitale de la hanche droite iliaque, douloureuse.
Réduction suivie de transposition antéro-externe. Bons
résultats constatés au bout de dix-huit ans.*

O... Claudine, 8 ans et demi, entrée le 7 décembre 1904.

Luxation congénitale de la hanche droite. Variété iliaque antérieure douloureuse. Mise au repos, les douleurs diminuent, mais la claudication reste très accentuée.

6 janvier 1905. — Manœuvres de réduction qui donnent facilement la sensation d'une transposition. Immobilisation à angle droit.

16 mars 1905. — La réduction paraît se maintenir. L'adduction est ramenée à 55° sans difficultés.

6 juin 1905. — Suppression de l'appareil plâtré. La réduction paraît toujours se maintenir.

13 juillet 1905. — Le membre reste encore en abduction avec une légère flexion. Les mouvements sont revenus avec la moitié de leur amplitude normale.

24 novembre 1905. — On note une tendance à faire une attitude vicieuse en adduction et rotation interne. La tête n'est plus en place.

5 avril 1906. — La tête se trouve au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le membre est en adduction et rotation interne. La démarche tend à s'améliorer.

Novembre 1922. — La malade, qui a 26 ans, nous écrit qu'elle a une boiterie peu accentuée et qu'elle n'a jamais souffert de sa hanche. La capacité de marche est normale; les mouvements n'ont pas tout à fait leur amplitude normale. Elle n'a pas l'impression que son membre est plus court.

OBSERVATION II

Luxation congénitale de la hanche droite, iliaque; attitude vicieuse en adduction et douleurs. Transposition antéro-externe; rapprochement du membre par étapes. Résultats dix-huit ans plus tard : persistance de la boiterie et raccourcissement assez prononcé, mais pas de douleurs et capacité de marche normale.

D... Alice, 13 ans et demi, entrée en janvier 1904.

Luxation congénitale de la hanche droite, variété iliaque. Raccourcissement de six centimètres. Attitude vicieuse en adduction; claudication très considérable, douleurs entraînant la fatigue rapide et ne permettant pas à la malade de marcher plus de quinze minutes et l'obligeant à garder le lit si elle a fait une course un peu longue.

18 janvier 1904. — Manœuvres de réduction qui, après des efforts considérables et prolongés permettent d'obtenir une transposition. On fait une immobilisation en abduction à angle droit.

15 mars 1904. — On diminue l'abduction sous anesthésie. Le tenseur du fascia lata rétracté est sectionné par la voie sous-cutanée.

13 mai 1904. — Il persiste un peu d'abduction. Sous anesthésie, on achève de ramener le membre en rectitude.

15 juillet 1904. — La malade est libérée de son appareil plâtré. La tête fémorale se trouve dans la partie externe de la région inguinale; le membre est en forte rotation externe. Le raccourcissement est de 2 centimètres et demi.

20 octobre 1904. — La malade, qui marche encore diffici-

lement, est fatiguée au bout de cinq minutes. L'état de la hanche reste stationnaire. Le raccourcissement est de trois centimètres.

Novembre 1922. — La malade, qui a 32 ans, écrit que la boiterie est toujours accentuée, mais qu'elle ne souffre pas. Sa capacité de marche est normale. Le raccourcissement est évalué par elle à 7 centimètres, les mouvements sont normaux; il n'y a pas de déviation du membre.

OBSERVATION III

Luxation congénitale de la hanche droite iliaque; attitude vicieuse sans douleurs. Transposition dont le résultat anatomique reste incertain, mais dont le résultat fonctionnel est bon seize ans plus tard.

C... Paul, 12 ans.

Luxation congénitale de la hanche droite, variété iliaque antérieure; raccourcissement de trois centimètres; attitude vicieuse en adduction, flexion et rotation interne, claudication considérable sans douleur.

5 décembre 1906. — Transposition très facile avec un ressaut net, bandage plâtré en abduction jusqu'au 24 juillet 1907.

28 juillet 1907. — Le membre s'est rapproché spontanément jusqu'à un angle de 45°. La tête paraît en place. La hanche est souple et la flexion peut se faire jusqu'à angle droit. Il n'y a pas de raccourcissement. L'enfant marche facilement avec une légère boiterie; il peut faire des marches de deux heures.

Novembre 1922. — Le malade, qui a 28 ans, écrit que la boiterie est restée légère et que le membre a une très légère déviation en dedans. Il n'y a pas de douleur et la résistance à la fatigue, ainsi que l'amplitude des mouvements sont normales.

OBSERVATION IV

*Luxation bilatérale douloureuse réduite à droite à huit ans.
Réduction maintenue avec bons résultats fonctionnels au
bout de douze ans.*

M... Antonine, 8 ans, entrée le 13 juillet 1907.

La malade a eu un pied bot congénital gauche. Luxation bilatérale des hanches, aggravée et douloureuse depuis un an au point de rendre la marche impossible.

17 juillet 1907. — On fait à droite des manœuvres de réduction qui produisent un déplacement de la tête avec un ressaut net et une stabilité bonne. A gauche, on fait également une tentative de réduction, mais on sent le col fléchir et on ne poursuit pas les manœuvres.

27 novembre 1907. — La réduction de la hanche droite paraît se maintenir. Sous anesthésie, on fait disparaître l'adduction et on applique un bandage plâtré.

17 mars 1908. — La réduction semble toujours se maintenir à droite; on supprime le bandage.

20 mai 1908. — L'enfant marche assez facilement et a pu faire une promenade de deux heures. La hanche droite a retrouvé ses mouvements de flexion jusqu'à angle droit, mais ceux d'adduction et d'abduction restent assez limités. A gauche, le raccourcissement est de 3 centimètres et demi.

18 octobre 1922. — La malade a 23 ans. Elle marche normalement à droite et conserve à gauche une boiterie peu accentuée. La capacité de marche est normale. La malade peut patiner, danser, faire de la bicyclette.

A droite, la forme de la hanche est normale, le relief de la tête fémorale est seulement un peu exagéré, les mouvements sont normaux. La radiographie montre que la réduction s'est maintenue, mais que la tête présente une déformation assez accentuée en coxa plana. A gauche, la luxation persiste avec un raccourcissement de 3 centimètres. Il n'y a pas de trace de la fracture du col.

OBSERVATION V

Luxation congénitale droite inguinale externe. Douleurs, puis attitude vicieuse. Transposition; pas de résultats éloignés.

B., Hélène, 12 ans, entrée le 1^{er} octobre 1907.

Luxation congénitale droite inguinale externe. Raccourcissement de cinq centimètres. Boiterie très prononcée. Douleurs depuis quinze jours.

Repos, puis immobilisation par culotte plâtrée jusqu'au 10 mars 1908. A ce moment, l'enfant ne souffre plus, mais il s'est produit une déviation en rotation interne et la boiterie est très accusée.

12 mars 1908. — Transposition de la tête obtenue facilement avec un ressaut net. Appareil plâtré en abduction jusqu'au 5 septembre 1908. Après la sortie du plâtre, il se fait une contracture en flexion traitée par l'extension continue.

1^{er} décembre 1908. — L'attitude vicieuse a disparu, mais la marche est encore difficile. On applique un plâtre de marche.

20 avril 1909. — L'état fonctionnel est toujours médiocre. La déviation en rotation interne tend à se reproduire. La malade n'a pu être retrouvée.

OBSERVATION VI

Luxation congénitale droite. Douleurs et attitude vicieuse. Transposition à 12 ans et demi. Assez bons résultats fonctionnels au bout de quinze ans.

D., Marie, 12 ans et demi, entrée le 25 mai 1907.

Luxation congénitale droite révélée tardivement à 7 ans, et confirmée par la radiographie, qui montre aussi une malformation très nette de la hanche gauche. Douleurs ne permettant pas la marche plus d'un quart d'heure et assez vives pour faire pleurer l'enfant le soir. Attitude vicieuse en légère

flexion et adduction. Raccourcissement de trois centimètres. Après un repos de trois semaines, les douleurs ont disparu, mais elles se reproduisent dès que l'enfant se remet à marcher.

22 juin 1907. — On fait une transposition, qui est facile et qui s'accompagne d'un ressaut net. Immobilisation prolongée jusqu'au 8 janvier 1908. A ce moment, l'extrémité supérieure du fémur est au niveau du cotyle. Le membre est en rotation externe assez forte. Le rapprochement du membre se fait spontanément. En juillet 1908, on note une petite crise douloureuse avec contracture qui disparaît spontanément.

30 septembre 1922. — La malade a 28 ans. Elle n'a pas eu de crises douloureuses, mais quand elle se fatigue, elle souffre légèrement de la hanche gauche, qui était seulement malformée. Elle marche facilement une demi-heure et peut, à la rigueur, faire davantage. La boiterie est peu apparente. C'est un léger balancement accru à droite par le raccourcissement, qui est de 7 centimètres. La hanche droite peut se fléchir jusqu'à 90°. L'abduction et la rotation externe sont diminuées, mais l'adduction est complète.

OBSERVATION VII

Luxation congénitale de la hanche gauche, iliaque, douloureuse. Réduction, bons résultats fonctionnels au bout de quatorze ans.

R... Rose, 9 ans et demi.

Luxation congénitale, hanche gauche. Variété iliaque antérieure. Raccourcissement de 3 centimètres. Boiterie accentuée, douleurs, capacité de marche très restreinte.

26 juillet 1908. — Réduction facile avec ressaut net. On applique un bandage en abduction, qui est maintenu jusqu'au 16 janvier 1909.

20 mars 1909. — La hanche est encore en abduction à 50°, avec légère flexion. On applique un appareil d'extension continue.

11 mai 1909. — Le membre est revenu en rectitude presque complète.

3 octobre 1909. — La réduction paraît se maintenir; la tête fémorale déborde les vaisseaux. Il n'y a pas de raccourcissement. Les mouvements sont libres, sauf l'abduction et l'adduction.

10 décembre 1911. — La réduction se maintient. La tête est en place, il n'y a pas de raccourcissement. La malade marche bien avec une boiterie imperceptible qui paraît due à ce que l'extension de la hanche n'est pas absolument complète. Il n'y a aucune douleur et la capacité de marche est de trois heures.

Novembre 1922. — La malade, qui a 23 ans et demi, nous écrit qu'elle est mariée et qu'elle a un enfant. Il persiste une légère boiterie et elle ressent quelques douleurs quand elle est fatiguée. La capacité de marche est normale. Il n'y a pas de raccourcissement et les mouvements ont une amplitude normale.

OBSERVATION VIII

Luxation bilatérale iliaque. Attitude vicieuse. Claudication très accentuée et douleurs. Transposition antéro-externe à gauche et externe à droite. Résultat fonctionnel assez bon au bout de quatorze ans.

L... Marguerite, 10 ans, entrée le 19 mai 1908.

Luxation congénitale bilatérale des hanches. Variété iliaque; attitude vicieuse en adduction, telle que les genoux se touchent. La claudication est accentuée et la capacité de marche très faible. L'enfant souffre dès qu'elle a marché un peu longtemps.

Les manœuvres de réduction permettent d'obtenir des deux côtés une transposition après avoir vaincu des résistances assez fortes. On applique un appareil plâtré en abduction jusqu'au 15 décembre 1908. A ce moment, la réduction paraît se

maintenir des deux côtés, cependant, du côté droit, la tête est un peu plus élevée que du côté gauche.

1^{er} octobre 1909. — Les membres se sont rapprochés spontanément. A gauche, la réduction paraît se maintenir, mais il y a encore de la raideur de la hanche, la flexion ne dépasse pas l'angle droit. A droite, la tête fémorale se trouve dans la partie antérieure de la fosse iliaque externe, le trochanter est à la hauteur de l'épine iliaque.

26 juin 1910. — La démarche s'est beaucoup améliorée, et l'enfant marche déjà bien mieux qu'avant le traitement : elle a une claudication bilatérale peu apparente, plus accentuée à droite. Du côté gauche, la tête fémorale paraît occuper sa place normale dans la région inguinale, mais le trochanter est élevé presque à la hauteur de l'épine iliaque. La flexion ne dépasse pas l'angle droit, l'abduction et la rotation interne sont encore impossibles.

Du côté droit, la tête fémorale est restée dans la partie antérieure de la fosse iliaque externe; les mouvements sont libres; le raccourcissement est de 2 centimètres.

Novembre 1922. — La malade écrit qu'elle boîte légèrement, un peu plus à droite qu'à gauche; elle n'éprouve aucune douleur, mais elle est fatiguée après une demi-heure de marche. La hanche gauche est un peu raide, mais la hanche droite a tous ses mouvements, le genou droit tend à se porter un peu en dedans.

OBSERVATION IX

Luxation congénitale bilatérale des hanches, iliaque. Transposition des deux côtés. Reluxation à droite. Résultat anatomique incertain à gauche. Etat fonctionnel assez bon au bout de douze ans.

P... Marie-Louise, 12 ans, entrée le 19 décembre 1910.

Luxation congénitale bilatérale des hanches. Variété iliaque plus accentuée à droite; attitude vicieuse en adduction et

rotation interne telle que les genoux se touchent et même s'entrecroisent. La marche est très difficile et disgracieuse, mais il n'y a des douleurs qu'à la fatigue.

10 décembre 1910. — Transposition des deux côtés. On met un plâtre en abduction à 45°. Au bout de deux mois, on constate que la hanche gauche s'est relaxée, et on la réduit de nouveau.

Février 1911. — Le bandage est enlevé et l'enfant est soumise à l'extension continue pour rapprocher les jambes; pendant cette manœuvre la hanche droite se relaxe.

Perdue de vue depuis cette époque, la malade nous écrit en 1922. Elle a 24 ans. Il persiste à droite une boiterie qui ne doit pas être très accentuée, car la malade l'évalue en disant qu'elle correspond à un raccourcissement de 2 centimètres. Elle ne souffre pas, peut marcher aussi longtemps qu'une personne normale. Les membres inférieurs ne sont pas déviés et ils ont des mouvements normaux.

OBSERVATION X

Luxation congénitale de la hanche droite, iliaque, douloureuse. Transposition. Persistance de l'abduction. Ostéotomie sous-trochantérienne. Assez bon résultat fonctionnel au bout de huit ans.

Ch... Louise, 9 ans.

Luxation congénitale de la hanche droite, douloureuse; depuis deux mois, les douleurs vont en augmentant et elles gênent la marche.

Il s'agit d'une luxation iliaque antérieure.

16 juin 1913. — On obtient une transposition, et l'on applique un appareil plâtré qui est maintenu jusqu'au 22 janvier 1914.

29 juin 1914. — Le rapprochement ne s'est pas fait. Le membre est toujours en abduction de 120°; la raideur de la hanche est encore complète.

17 octobre 1914. — On essaie, sous anesthésie, de corriger l'attitude vicieuse; on ne peut y parvenir. On fait alors l'ostéotomie sous-trochantérienne et l'on applique un appareil plâtré qui est enlevé le 13 janvier 1915.

Novembre 1922. — La malade, qui est âgée de 18 ans, nous écrit qu'elle a conservé une boiterie qui reste stationnaire et que la hanche est demeurée un peu raide. Elle peut marcher aussi longtemps qu'une personne normale, mais elle souffre un peu après une marche prolongée.

OBSERVATION XI

Luxation congénitale droite, iliaque. Attitude vicieuse et douleurs. Transposition externe. Bons résultats au bout de deux ans.

E... Antoinette, 11 ans, entrée le 26 juin 1911.

Luxation congénitale de la hanche droite. Variété iliaque, attitude vicieuse en adduction, telle que l'axe du corps passe au-dessus de la rotule. Le raccourcissement fonctionnel est de 7 centimètres et demi, mais le raccourcissement réel de 3 centimètres et demi. Des douleurs sont apparues depuis un an; la capacité de marche est de une heure.

3 juillet 1911. — La transposition se fait assez facilement avec un léger ressaut. On immobilise en abduction. Le plâtre a dû être enlevé au bout de deux mois, à cause d'une escharre au niveau de la racine de la cuisse. La jambe s'est rapprochée spontanément et la tête est revenue à la partie antérieure de la fosse iliaque externe.

27 février 1912. — Il y a une légère contracture en flexion; la tête fémorale est toujours dans la partie inférieure de la fosse iliaque externe. Le raccourcissement est de 4 centimètres. La boiterie est assez accentuée, mais la malade ne souffre plus.

1^{er} décembre 1913. — La malade marche beaucoup mieux qu'avant le traitement; elle ne souffre plus. La boiterie est

peu accentuée; l'attitude du membre est bonne, la flexion se fait jusqu'à angle droit, il y a de légers mouvements d'abduction et d'adduction.

Le raccourcissement est de 4 centimètres.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XII

Luxation congénitale de la hanche droite, iliaque, douloureuse. Tentatives infructueuses de transposition. Fracture de la tête. Résultat au bout de onze ans : bon état fonctionnel. Atrophie de la tête fémorale qui a presque disparu.

G... Marguerite, 11 ans.

Luxation congénitale de la hanche droite réduite à Genève à l'âge de trois ans.

Jusqu'à l'âge de 8 ans, la malade a marché assez correctement avec une légère boiterie. Depuis trois ans, elle souffre aux changements de temps et à l'occasion de la fatigue; les douleurs ont augmenté peu à peu et, à la suite d'une chute, il y a deux mois, l'enfant ressentit une douleur très vive, depuis laquelle la boiterie a beaucoup augmenté. A l'entrée, on constate une luxation iliaque avec raccourcissement de 4 centimètres. La radiographie pratiquée alors montre que le cotyle est très peu développé.

5 décembre 1913. — On fait un essai de réduction sans arriver à mobiliser la tête, mais en produisant peut-être une légère fracture. Le membre est immobilisé en abduction.

4 avril 1914. — Suppression de l'appareil plâtré; le raccourcissement est toujours de 4 centimètres.

25 octobre 1922. — La malade a 20 ans. La boiterie est relativement peu accentuée et la malade ne souffre pas. Elle peut marcher pendant trois heures sans souffrir, aussi longtemps qu'une personne normale. Le membre droit est en bonne attitude et la saillie du trochanter est plutôt moindre qu'à l'état normal; son sommet est au niveau de l'épine ilia-

que antéro-supérieure. Le raccourcissement est de 5 centimètres. Les mouvements de flexion, d'abduction, d'adduction et de rotation sont complets. La tête fémorale paraît être absente et une néarthrose s'être établie au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. La radiographie montre une atrophie très accentuée de la tête fémorale, qui est presque absente et représentée par le moignon légèrement renflé de l'extrémité du col.

La luxation persiste, le col se trouve au-dessus du cotyle et il n'y a pas d'ébauche de néo-cotyle,

OBSERVATION XIII

Luxation congénitale de la hanche droite, douloureuse. Transposition antéro-externe. Formation d'une néarthrose et résultats fonctionnels bons, constatés au bout de huit ans.

J... Julie, 10 ans, entrée le 6 juillet 1914.

Luxation congénitale de la hanche gauche. Variété iliaque antérieure. Raccourcissement de 2 centimètres. Depuis un an, des douleurs sont apparues, elles surviennent par crise, empêchant la marche, et se reproduisent fréquemment, de façon à occasionner une gêne fonctionnelle importante.

8 juillet 1914. — Transposition et application d'un appareil plâtré qui est enlevé le 5 décembre 1914.

20 février 1915. — Le membre est toujours en abduction.

9 novembre 1922. — La malade est âgée de 19 ans; elle marche avec une boiterie peu apparente. Elle déclare que la jambe s'est rapprochée spontanément dans l'espace de cinq à six mois; elle a commencé à marcher sans béquilles au mois de mai 1916; à ce moment, elle a ressenti quelques douleurs. Actuellement, elle peut marcher aussi longtemps qu'une personne normale et elle a fait cette année de grandes excursions dans les montagnes.

Le trochanter est à la hauteur de l'épine iliaque et on sent la tête fémorale dans la partie externe de l'aîne, au dessous

de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le membre est en légère rotation externe. Le raccourcissement est de 4 centimètres. La flexion se fait jusqu'à 145°, et seulement en abduction. Les mouvements d'abduction ont environ la moitié de leur amplitude normale. L'adduction et la rotation interne sont impossibles.

A la radiographie, la tête semble à peu près disparue, ou bien elle est en antéverson très forte et très décalcifiée, de sorte qu'elle ne se distingue presque pas. Le col court forme un moignon arrondi qui vient s'appuyer dans une ébauche de néo-cotyle située au niveau du toit.

OBSERVATION XIV

Luxation congénitale, hanche gauche. Attitude vicieuse et douleurs. Transposition avec résultat anatomique douteux. Etat fonctionnel assez bon au bout de neuf ans.

G... Louise, 10 ans, entrée en février 1913.

Luxation congénitale de la hanche gauche très postérieure avec attitude vicieuse en adduction telle que l'axe du corps passe sur le bord interne de la rotule. Claudication très accentuée. Douleurs. Capacité de marche de un quart d'heure.

10 février 1913. — On obtient une transposition avec res-saut net après avoir vaincu une résistance assez forte. Un plâtre en abduction à angle droit est appliqué jusqu'au 19 juin 1913.

16 décembre 1913. — L'abduction a beaucoup diminué, mais cependant elle n'a pas complètement disparu. La marche est plus facile qu'avant le traitement et l'enfant n'a plus souffert.

Octobre 1922. — La malade, qui a 20 ans, nous écrit qu'elle a conservé une boiterie de degré moyen, mais qu'elle ne souffre pas. Sa capacité de marche n'est pas tout à fait la normale et le membre opéré lui semble plus court.

OBSERVATION XV

*Luxation congénitale, hanche droite, iliaque, douloureuse.
Résultat anatomique douteux. La malade n'a pu être re-
trouvée.*

M... Augustine, 13 ans, entrée le 25 juin 1914.

Luxation congénitale de la hanche droite, variété iliaque postérieure. Le raccourcissement est de 4 centimètres et demi et les douleurs, qui ont débuté il y a deux ou trois ans, se sont accrues au point de rendre la marche presque impossible.

29 juin 1914. — On fait des manœuvres de réduction; on ne peut mobiliser la tête fémorale qu'après avoir vaincu des résistances très considérables. On immobilise en abduction.

24 octobre 1914. — La tête paraît en place, le membre est laissé libre.

25 mars 1915. — Le membre s'est rapproché spontanément et l'enfant commence à marcher.

La malade n'a pu être retrouvée.

OBSERVATION XVI

Luxation congénitale hanche gauche, iliaque. Attitude vicieuse très accentuée et douleurs. Transposition externe avec assez bon résultat fonctionnel au bout de cinq ans.

B... Mélie, 13 ans, entrée le 21 novembre 1917.

Luxation congénitale gauche, variété iliaque postérieure, attitude vicieuse en adduction très accentuée au point que les genoux frottent l'un contre l'autre et qu'il en résulte des escharres. La malade souffre et peut à peine marcher.

28 novembre 1917. — On pratique la transposition et l'on applique un plâtre en abduction.

24 octobre 1922. — La malade a 18 ans; le rapprochement

du membre s'est fait spontanément. L'attitude est correcte et les genoux n'ont plus de tendance à se heurter. La malade ne souffre plus; sa capacité de marche est de une heure, mais elle a une boiterie assez accentuée. Le trochanter est à la hauteur de l'épine iliaque, la tête fémorale se trouve à la partie antérieure de la fosse iliaque externe, à la limite de la région inguinale. La flexion de la hanche est complète, ainsi que l'adduction; l'abduction est réduite au tiers de son amplitude normale, le raccourcissement est de 3 centimètres et demi.

OBSERVATION XVII

Luxation congénitale de la hanche droite, iliaque antérieure. Attitude vicieuse et boiterie très accentuée. Transposition antérieure. Persistance de l'abduction. Tentative de redressement sous-anesthésie ayant abouti à une fracture du col. Résultat fonctionnel médiocre au bout de six mois.

F... Suzanne, 13 ans, entrée le 4 février 1921.

Luxation congénitale de la hanche droite, variété iliaque antérieure, attitude vicieuse en adduction telle que l'axe du corps passe sur le bord interne de la rotule. Le raccourcissement fonctionnel est de 6 cm. $1/2$; le raccourcissement réel de 4 cm. Il y a une boiterie très accentuée et des douleurs se produisent à l'occasion des marches un peu longues.

La réduction est obtenue assez facilement avec un ressaut net. On applique un appareil plâtré pendant six mois.

24 avril 1922. — Le rapprochement du membre ne s'est pas fait. La radiographie montre que la tête fémorale est décalcifiée et très déformée. Il est difficile de dire si elle est en place dans le cotyle ou si elle est subluxée en avant. Le membre est en abduction à 120° , flexion et rotation externe. La tête fémorale est dans la région inguinale et assez saillante en avant.

26 avril 1922. — On essaye sous-anesthésie de réduire l'abduction, mais il se produit une fracture du col, le membre est alors redressé et mis en plâtre en bonne position.

29 avril 1922. — La radiographie montre que la fracture s'est produite à la partie moyenne du col.

Novembre 1922. — La malade nous écrit qu'elle conserve une boiterie très accentuée, mais qu'elle ne souffre pas. Elle peut marcher cinq cents mètres de suite ; la hanche n'a pas des mouvements d'une amplitude normale et le membre droit lui semble plus long que le gauche.

OBSERVATION XVIII

Luxation congénitale de la hanche droite, iliaque postérieure. Attitude vicieuse et douleurs. Transposition inguinale. Persistance de l'abduction. Ostéotomie sous-trochantérienne.

F... Renée, 15 ans 1/2, entrée le 4 avril 1921.

Luxation congénitale de la hanche droite, variété iliaque postérieure. Déviation en adduction. Le raccourcissement apparent est de 7 cm. Le raccourcissement réel est de 5 cm. La boiterie s'est beaucoup accentuée depuis un an et la malade souffre.

8 avril 1921. — On obtient la transposition sans ressaut. On applique un appareil plâtré pendant cinq mois.

1^{er} mai 1922. — Le membre est resté en abduction à 145°, avec une raideur très accentuée ; la mobilité est juste suffisante pour permettre de dire qu'il n'y a pas d'ankylose. L'enfant marche facilement et longtemps sans éprouver de douleurs, mais la boiterie résultant de l'abduction est accentuée.

18 octobre 1922. — L'état ne s'est pas modifié, la tête est perçue dans la région inguinale moyenne. Il n'y a pas de raccourcissement et la malade marche toute la journée sans souffrir. La radiographie montre que la tête fémorale a été abaissée au niveau du cotyle, mais elle n'est pas réduite dans la cavité qui reste déshabitée. Elle est très décalcifiée et paraît subluxée en avant.

27 octobre 1922. — On fait l'ostéotomie sous-trochantérienne.

CHAPITRE III.

Etude critique des résultats obtenus.

A. Risques de l'opération.

Nous voyons, d'après les observations, que les suites de l'opération ont toujours été très simples : pas de shock, pas d'accidents vasculaires, nerveux, ni cutanés. Il nous faut cependant signaler que dans deux cas (Obs. IV, côté gauche, et XII), les manœuvres de réduction pratiquées ont provoqué une fracture du col, sans influence notable, il est vrai, sur le résultat final.

L'irréductibilité n'est pas relevée chez les malades de cette série parce que nous n'avons gardé que les cas où la transposition a été possible ; mais à ces dix-huit observations, il nous faut en opposer cinq où elle a échoué et où l'on a dû faire la résection de la tête fémorale. D'après cela, l'irréductibilité se présenterait dans 25 % des cas environ.

Pendant le cours de l'immobilisation, il n'y a aucun accident à signaler, les malades ne souffrent pas et

supportent bien leur bandage plâtré. Dans un cas cependant (Obs. XI), il se produit au bout de deux mois une escharre à la racine de la cuisse et l'on fut obligé d'enlever l'appareil.

On aurait pu craindre qu'à la suite de l'immobilisation prolongée chez des enfants, déjà âgés, il soit difficile de ramener dans la rectitude le membre maintenu en position d'abduction et de flexion. Et bien, nous notons que dans dix cas (Obs. I, II, V, VI, VIII, XI, XIII, XIV, XV, XVI), le rapprochement s'est fait spontanément sous l'influence des contractions musculaires et des mouvements actifs exécutés par le malade ; il a exigé, pour être complet, un temps plus ou moins long qui a pu atteindre six mois. Dans l'observation IV, on eut recours à la mobilisation forcée sous-anesthésie ; dans l'observation II, on dut recourir au redressement sous-anesthésie et à la ténotomie du tenseur du fascia lata, à l'extension continue dans les observations V et IX. Deux cas ont nécessité par la raideur très accentuée de l'articulation et l'irréductibilité de l'abduction, l'ostéotomie sous-trochantérienne (Obs. X et XVIII). Enfin, dans l'observation XVII, les tentatives de mobilisation sous-anesthésie ont abouti à une fracture du col fémoral, fracture qui a permis le redressement du membre et son immobilisation en bonne position. En somme, dans 14 cas, soit 78 %, le rapprochement s'est fait, soit spontanément (10 cas), soit sous l'influence de moyens simples : traction continue, redressement sous-anesthésie, ténotomie. Dans trois cas seulement on a rencontré des difficultés plus grandes : une fois les ten-

tatives de redressement ont provoqué une fracture du col, deux fois l'abduction s'est montrée absolument irréductible et a nécessité une intervention sanglante.

B. Résultats anatomiques.

Il ne nous a pas toujours été possible de connaître exactement le résultat anatomique éloigné du traitement, soit parce que les malades n'ont pu être retrouvés, soit par suite de l'absence de contrôle radiographique. Quoiqu'il en soit dans les dix-huit observations que nous rapportons, concernant vingt-deux hanches traitées, nous trouvons les résultats suivants:

Réductions	2
Transpositions antéro-externes ou inguinales.	6
Transpositions externes ou iliaques.....	3
Relaxations.....	1
Fractures	2
—Résultats douteux	8

1° RÉDUCTION. — Dans deux cas, les manœuvres que l'on a pratiquées ont donné des réductions réelles, véritablement anatomiques. Dans l'observation IV, où la radiographie a pu être pratiquée récemment, nous constatons que la tête fémorale est à sa place dans la cavité cotyloïde, mais qu'elle présente une déformation assez accentuée en coxa plana. Dans l'observation VII, le contrôle radiographique n'a pu être pratiqué, mais à la palpation on sent la tête fémorale à la partie moyenne de la région inguinale, débordant les vaisseaux fémoraux et tous les signes

s'accordent en faveur de la réalité de la réduction. Au point de vue de l'âge, nous devons noter que ces deux malades étaient âgés respectivement de 8 et 9 ans 1/2 ; dans le premier cas, la lésion était bilatérale ; dans le second, unilatérale ; nous nous trouvons là évidemment à la limite d'âge compatible avec une cure radicale.

2° TRANSPOSITION. — Dans neuf cas on a obtenu des transpositions, mais ici nous distinguerons les transpositions inguinales et les transpositions iliaques suivant la région où nous trouvons la tête fémorale.

Dans la transposition inguinale, nous trouvons la tête dans la moitié externe de la région inguinale, près des vaisseaux, plus ou moins déplacée en dehors, mais distante encore de la fosse iliaque. Elle se trouve en contact avec le bassin par sa face externe, dans le voisinage des épines iliaques où elle trouve des conditions de stabilité particulièrement favorable. A l'examen radiographique, on est frappé par l'aspect de la tête fémorale, elle est atrophiée, diminuée dans ses dimensions, décalcifiée, au point qu'elle est à peine visible (Obs. XIII, XVIII).

Dans la transposition iliaque, la tête n'a pas trouvé à se fixer dans la région inguinale, elle est repassée dans la fosse iliaque externe, occupant exactement la situation d'apposition latérale de Lorenz. On la trouve alors appliquée contre la fosse iliaque, à une distance plus ou moins grande de l'épine iliaque antéro-supérieure, mais toujours dans une situation

plus antérieure, meilleure que celle qu'elle occupait avant le traitement.

En somme, si la transposition inguinale représente une amélioration anatomique évidente, celle-ci est beaucoup moins nette dans la transposition iliaque. Cependant dans les deux cas la tête possède une fixité et une stabilité beaucoup plus grande. Peut-on expliquer ce résultat par les aspérités qui se trouvent au-dessus du sourcil cotyloïdien et par l'appui que l'aile iliaque offre à la tête ? C'est ce qu'admet Lorenz, mais il faut plutôt l'attribuer, avec M. Nové-Josserand, à l'arrêt de la tête produit par les insertions supérieures du ligament de Bertin et la portion réfléchie du tendon du droit antérieur.

3° RELAXATION. — Dans un cas enfin (Obs. IX, côté droit), la tête n'est pas restée dans la position de transposition où on l'avait amenée, elle est remontée complètement dans la fosse iliaque. Il est assez curieux de constater que, même dans ce cas, la fonction du membre est améliorée et la démarche sensiblement meilleure.

C. Résultats fonctionnels.

Le traitement ayant été entrepris dans le but de faire disparaître les douleurs et les attitudes vicieuses, il nous faut voir d'abord si ce résultat a été obtenu. Nous étudierons ensuite la capacité de marche, l'état fonctionnel de l'articulation et la forme du corps.

1° DOULEURS. — Chez seize des malades dont nous apportons l'observation on était intervenu, soit pour

des douleurs, soit à la fois pour des douleurs et des attitudes vicieuses ; ces douleurs s'étaient installées petit à petit, progressivement, et avaient acquis une intensité telle que la marche était devenue presque impossible. Dès l'opération, celles-ci ont complètement disparu, et chez la plupart des malades aucun phénomène douloureux n'a été ressenti dans la suite ; quelques-uns ont encore quelques douleurs à la suite d'une marche un peu trop prolongée (Obs. VII, X) ; d'autres ont pu signaler quelques petites crises douloureuses tout à fait passagères (Obs. VI, XIII).

Il paraît intéressant de rechercher la cause de cette disparition, mais alors auparavant, il nous faut rechercher la pathogénie des accidents douloureux qui surviennent dans les luxations congénitales anciennes. La tuberculose vient rarement compliquer la luxation congénitale de la hanche ; il nous faut abandonner aussi l'idée d'une arthrite mécanique se produisant à la suite des frottements continuels de deux surfaces osseuses, mal adaptées l'une à l'autre. Il ne nous reste alors à les attribuer qu'aux tiraillements subis par la capsule et les ligaments péri-capsulaires pendant la marche, ou alors à une sensibilité particulière du tissu osseux ou du cartilage de revêtement de la tête fémorale. Il semble plutôt que ce soit à cette dernière interprétation que l'on doive s'arrêter : dans les résections de la tête pour douleurs on note la disparition de celles-ci et, dans un certain nombre de cas de transposition, on a constaté à la radiographie l'atrophie considérable de la tête.

En somme la transposition a toujours eu pour résul-

tat la disparition des douleurs et ce résultat s'est maintenu, dans certains cas, depuis dix-huit ans.

2° ATTITUDES VICIEUSES. — Dans deux cas l'intervention avait été dictée par des attitudes vicieuses, mais nous avons vu que, dans neuf autres cas, il y avait à la fois douleurs et attitude vicieuse. Celles-ci se produisent toujours dans le sens de l'adduction et de la rotation interne et peuvent être assez accentuées pour que, dans les luxations unilatérales, l'axe médian du corps passe par le bord externe de la rotule et que les genoux se heurtent ou même s'entrecroisent dans les luxations bilatérales.

Dans la plupart des cas, au sortir de l'appareil plâtré, le membre est en rectitude et cette bonne attitude ne se modifie pas dans la suite. Dans quelques cas le membre n'a qu'une très légère déviation, soit en rotation interne, soit en rotation externe, soit en adduction et rotation interne, mais c'est alors une déviation à peine sensible qui, dans la suite, peut se corriger, et d'ailleurs, n'apporte aucune gêne appréciable dans la fonction du membre. Il nous faut cependant signaler trois cas où, après le traitement, des attitudes vicieuses ont entraîné un traitement spécial, mais alors il s'agit là d'une position d'abduction contraire à la position primitive d'adduction. En somme, dans tous les cas, on a obtenu la correction des attitudes vicieuses et la position du membre est réellement bonne.

3° CAPACITÉ DE MARCHÉ. — C'est peut être dans ce sens que l'on a obtenu le résultat le plus constant,

le plus net. On a vu des malades presque incapables de marcher, danser, patiner, faire de la bicyclette, sans accuser la moindre fatigue.

On peut apprécier ce résultat en notant la durée de la marche que peut faire le malade. Forcément cette appréciation est un peu approximative surtout étant donnée l'obligation où l'on se trouve d'accepter les dires des malades.

Dans dix cas, la capacité de marche atteint ou dépasse trois heures et peut être considérée comme normale. Dans ce groupe, nous trouvons deux réductions et quatre transpositions inguinales ; dans trois autres cas, nous trouvons trois résultats anatomiques douteux et une fracture du col au cours des tentatives de transposition.

Dans un second groupe, nous trouvons quatre cas où la capacité de marche, bien qu'augmentée, est encore notablement inférieure à la normale, puisque dans le cas le plus favorable elle ne dépasse pas une heure. Nous trouvons chez ces quatre malades deux transpositions et deux résultats incertains.

Le cas le moins favorable nous est fourni par l'observation XVII, où les tentatives de réduction avaient amené la tête fémorale dans une position antérieure tout à fait voisine de la position normale ; au cours d'une tentative de redressement forcé, on produisit une fracture du col. Actuellement la malade ne peut marcher plus de cinq cents mètres, mais il faut remarquer que ce résultat date seulement de six mois et il est possible que dans l'avenir la fonction du membre s'améliore dans de notables proportions.

Il nous faut signaler enfin l'observation IX ; bien que le traitement ait abouti à une reluxation du côté droit et qu'à gauche on ne puisse se prononcer sur le résultat anatomique final, la capacité de marche est tout à fait normale.

En somme tous les malades, même ceux chez qui la luxation s'est reproduite, ont éprouvé une augmentation de leur capacité de marche ; chez la plupart même, le retour à la normale s'est fait complètement. Ce résultat est durable, puisque certains malades, qui ont aujourd'hui plus de trente ans, n'ont pas éprouvé la moindre aggravation de leur état depuis dix-huit ans.

4° ETAT FONCTIONNEL DE L'ARTICULATION. — *Amplitude des mouvements.* — Presque toujours, dans les luxations compliquées d'attitudes vicieuses et de douleurs il se produit, de suite après le traitement, une certaine raideur. Mais chez beaucoup, celle-ci s'améliore très rapidement au point qu'elle disparaît complètement, tandis que chez d'autres elle persiste toujours à un certain degré, aussi devons-nous envisager deux cas : la raideur est nulle ; il persiste un certain degré de raideur.

Raideur nulle. — Dans sept cas, nous constatons qu'il n'y a aucune raideur et que les divers mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction, de rotation possèdent leur amplitude normale. Est-il possible d'établir un rapport entre le résultat anatomique et l'amplitude des mouvements ? Il semblerait, en effet, que plus celui-ci est parfait, plus celle-ci est complète, plus la hanche est souple et

mobile. Nous trouverons, en effet, dans les sept cas qui nous occupent, deux réductions (Obs. IV et VII), une transposition inguinale (Obs. VI), une transposition iliaque (Obs. VIII, côté droit), deux résultats anatomiques douteux (Obs. III et IX, à gauche), une relaxation (Obs. IX, à droite) ; enfin, dans un cas, les tentatives de réduction avaient abouti à une fracture du col. On ne peut s'empêcher de remarquer cependant qu'il ne faudrait pas assimiler complètement le résultat anatomique au résultat fonctionnel, puisque nous trouvons un échec complet de transposition, donnant pourtant une amélioration de la fonction, mais il y a eu alors fracture et atrophie de la tête fémorale, résultat anatomique ressemblant à celui d'une résection.

Persistance de la raideur. — Dans sept cas, il s'agit simplement d'une légère limitation des mouvements portant sur la flexion et l'abduction ; la gêne qu'elle apporte dans l'exercice de la fonction du membre est à peine sensible.

Dans trois autres cas, la raideur articulaire est très prononcée et compromet sérieusement la fonction du membre. Dans l'un d'eux (Obs. XIII), la flexion se fait seulement jusqu'à 50° et seulement en abduction, les mouvements d'abduction ont environ la moitié de leur amplitude normale, l'adduction et la rotation interne sont impossibles ; cependant, malgré cette raideur accentuée, l'état fonctionnel est bon et le malade peut se servir de son membre comme d'un membre sain. Dans les deux autres cas, la raideur est

beaucoup plus accentuée et dans l'observation XVIII l'articulation possède des mouvements tout juste suffisants pour dire qu'il n'y a pas d'ankylose. Chez ces derniers malades, la gêne fonctionnelle est très considérable, l'absence de flexion ne permet pas à l'enfant de se baisser, de s'asseoir sur un siège bas, de s'accroupir et, pour y remédier, on doit avoir recours à des interventions sanglantes.

Si nous comparons l'âge des malades, nous constatons que dans les deux cas où la raideur est le plus accentuée, on est intervenu à 13 et 15 ans ; mais nous trouvons aussi une limitation à peine sensible, alors que le traitement n'a été commencé qu'à 13 ans, et, à ce même âge on peut noter une transposition sans aucune raideur consécutive (Obs. II). Il semble donc qu'il n'y ait pas lieu de tenir grand compte de l'âge des malades pour la récupération des mouvements. Il n'y a rien de net, non plus dans le rapport de la durée de l'immobilisation et de la raideur, puisque, dans le cas où celle-ci est le plus marquée, nous ne trouvons que cinq ou six mois d'appareil plâtré.

Quant à l'état anatomique, nous trouvons chez les malades atteints de raideur peu marquée : deux transpositions inguinales (Obs. I, VIII), une transposition iliaque (Obs. XVI), et deux cas où le résultat anatomique a été douteux (Obs. VI et X). Dans les cas où la raideur a été très marquée, il s'agit de transpositions inguinales, dans lesquelles la tête est au voisinage du cotyle. Dans ces conditions, l'abaissement de la tête étant plus accentué, la tension des muscles et

de la capsule est beaucoup plus grande que lorsque la tête reste dans la fosse iliaque externe et ceci peut expliquer le degré plus accentué de la raideur.

Est-il exact, comme le prétend Lorenz, que l'on augmente la faculté d'abduction ? On peut répondre oui pour la majorité des cas ; nous voyons en effet que dans sept cas la capacité d'abduction est normale, et dans sept autres cas elle est seulement limitée. Or, dans des luxations de cet âge, non traitées, l'abduction est presque toujours très réduite ou même nulle et son augmentation est, sans aucun doute, une cause d'amélioration notable parce qu'elle dégage les organes génitaux.

Effet sur la longueur du membre. — La disparition complète du raccourcissement ne peut s'observer que dans le cas où il y a eu réduction et, par suite, résultat anatomique parfait. Dans l'observation VII, où la réduction s'est maintenue et où l'unilatéralité de la lésion a permis des mensurations exactes, on note, en effet, que le raccourcissement qui, avant le traitement était de trois centimètres, a complètement disparu.

Dans les autres cas, si le raccourcissement n'a pas complètement disparu, au moins s'est-il trouvé diminué dans de notables proportions, et il semble que cette diminution soit en rapport exact avec le résultat anatomique : plus la transposition a été antérieure, plus le membre s'est trouvé allongé. Dans l'observation II où, avant le traitement, le raccourcissement était de six centimètres, on note, au bout de neuf mois, après transposition inguinale, qu'il n'est plus que de trois centimètres. Il faut noter enfin que cet allonge-

ment ne s'est pas toujours maintenu intégralement : la tête, ne possédant pas un appui osseux, repousse peu à peu les tissus qui la maintiennent et le raccourcissement augmente légèrement.

Claudication. — Le traitement étant fait à titre palliatif, il ne faut pas s'attendre à la disparition complète de la boiterie. La disparition complète ne peut être relevée en effet dans aucun cas, mais, au moins, dans la plupart, on la trouve considérablement améliorée. Cette amélioration n'a été obtenue que lentement, au fur et à mesure que se dissipait la raideur et que les muscles reprenaient leur tonicité normale.

Le trouble fonctionnel est peu important. Dans les luxations unilatérales, ce n'est qu'une légère boiterie comparable à celle qu'occasionne un raccourcissement léger. Dans les luxations doubles, ce n'est qu'un balancement latéral peu accentué qui n'a plus rien du mouvement de plongeon fort disgracieux des malades non traités.

Cette amélioration peut s'expliquer par ce fait que la tête, ramenée en avant dans une position voisine du cotyle, est fixée contre le bassin. Pendant la marche, le poids du corps se transmet, non par l'intermédiaire d'une capsule ou de ligaments distendus, mais par un contact osseux qui permet au jeu des muscles de se faire d'une façon plus normale.

Peut-on établir un rapport exact entre l'état anatomique et le degré de claudication ? Il ne semble pas : dans certains cas où la tête, mal fixée, est re-

montée progressivement dans la fosse iliaque, entraînant un accroissement du raccourcissement (Obs. XII et XIII), l'amélioration de la boiterie s'est maintenue. On note même une relaxation (Obs. IX) où la boiterie est moindre qu'avant le traitement. Il faut alors penser que les manœuvres de réduction modifient la position de la tête par rapport à la capsule et aux ligaments péri-capsulaires et que ces organes assurent à la tête fémorale une fixité relative. M. Nové-Josserand a en effet relaté une autopsie dans laquelle le cotyle très atrophié, lisse, ne pouvait donner aucun appui à la tête, mais celle-ci, repoussée par les manœuvres de réduction s'était glissée sous l'épais faisceau du ligament de Bingolow et venait buter contre le tendon réfléchi du droit antérieur. C'est à un mécanisme analogue qu'il faut sans doute attribuer l'amélioration fonctionnelle que nous avons constatée. Une autre raison de l'amélioration de la démarche est la disparition des douleurs.

V FORME DU CORPS. — Résultats esthétiques. A ce point de vue les résultats obtenus n'ont pas été moins nets. La hanche, il est vrai, ne recouvre que rarement sa forme normale et seulement lorsqu'il y a eu réduction, mais il se produit du côté de la fesse et du rachis des modifications marquées. Le trochanter est toujours un peu élevé et saillant mais bien moins qu'avant le traitement. Les scolioses d'origine statique et l'énorme ensellure lombaire des luxations doubles disparaissent ou s'atténuent considérablement.

CONCLUSIONS

I. — La transposition non sanglante a pour but de modifier les points d'appui de la tête fémorale luxée, en transformant une luxation postérieure en luxation antérieure.

II. — A la suite de ce traitement, la tête fémorale se place dans la région inguinale, au voisinage immédiat du cotyle, soit dans la partie antérieure de la fosse iliaque externe (apposition latérale de Lorenz).

Elle trouve un appui osseux contre l'os iliaque, grâce à sa position d'abduction légère, mais elle paraît se fixer surtout en se coiffant du ligament en Y.

III. — C'est une opération assez facile et sans danger. Elle permet de corriger d'une façon durable les attitudes vicieuses et de faire disparaître les douleurs, qui compliquent souvent la luxation congénitale chez les adolescents.

Souvent même, elle améliore l'état fonctionnel en augmentant la capacité d'abduction, en diminuant les déformations et notamment l'ensellure et en augmentant d'une façon sensible la résistance à la fatigue.

IV. — Elle doit donc être proposée comme un traitement palliatif très utile dans les luxations congénitales qui ne sont plus justiciables de la cure radicale et qui s'accompagnent de douleurs, d'attitudes vicieuses ou de troubles fonctionnels importants.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NOVÉ-JOSSERAND.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 23 Décembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BROCA et MOUCHET. — Difformités congénitales des membres (Paris, 1912).
- COMTE. — Contribution à l'étude du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode de Lorenz (Thèse de Lyon, 1901).
- CUCCOLINI. — La méthode de Lorenz comparée au traitement rationnel non sanglant de Paci pour la luxation congénitale de la hanche (*Revue d'orthopédie*, 1897).
- DELCHÉFF. — Réflexions sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche à propos de la limite d'âge de la réductibilité par la voie non sanglante (*Archives franco-belges de chirurgie*, xxv^e année, N^o 3, décembre 1921).
- FROCHÉLICH. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés (*Revue d'orthopédie*, 1905).
- Les résultats éloignés dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante (*Revue d'orthopédie*, novembre 1921).
- GOURDON. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés. Rapport officiel au Congrès international de médecine de Budapesth (*Annales de Chirurgie et orthopédie*, 1910).
- HOFFA. — Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenks vewen kungen (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1899).
- JABOULAY. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent et l'adulte (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1900, III).
- KIRMISSON. — Pathologie infantile (Paris 1910).

LORENZ. — Die sogenannte angeborene Hüftverrenkung Thre Pathologie und Therapie (Stüttgart, 1920).

NOVÉ-JOSSERAND. — Précis d'orthopédie. Collection Testut, 1905.

— La réorganisation du cotyle après la réduction de la luxation congénitale de la hanche (*Revue d'orthopédie*, 1910, III).

NOVÉ-JOSSERAND et PETIT-JEAN. — Résultats éloignés de la réduction de la luxation congénitale de la hanche chez les enfants âgés (*Revue d'orthopédie*, 1906).

NOVÉ-JOSSERAND et RENDU. — Formes douloureuses de la luxation congénitale de la hanche (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} juin 1909).

PACI. — Traité rationnel de la luxation congénitale iliaque commune ou postérieure de la hanche (*Revue d'orthopédie*, 1894).

PIÉCHAUD et DENUCE. — Précis de Chirurgie infantile, 1908.

PRAVAZ. — Du traitement de la luxation congénitale de la hanche (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1837, tome II).

— Traité théorique et pratique de la luxation congénitale de la hanche, Paris 1847.

POLLIOT. — Luxation congénitale de la hanche. Etude anatomique et radiographique des résultats obtenus par la méthode non sanglante (*Thèse de Lyon*, 1903).

REDARD. — Du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés (*Gazette des Maladies des enfants*, 1908).

SCHEDE. — Die Angeboren Lux. der Hüftgelenks., (Hambourg, 1900).

SYLVESTRE. — Du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés (*Thèse de Paris*, 1903).

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	10
Chapitre I. — L'apposition latérale de Lorenz.....	14
» II. — La Transposition.....	18
Observations	21
Chapitre III. — Etude critique des résultats obtenus	37
Conclusions.....	51
Bibliographie	53
